AGING: LIVE AND LET LIVE

Canada

AGING: LIVE AND LET LIVE

National Advisory Council on Aging
August 1983

Titles in the Series

1. The Economic Impact of Canada's Retirement Income System

2. Family Role and the Negotiation of Change of the Aged

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
Jeanne Mance Building
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
(613) 996-6521

Également disponible en français sous le titre:

"Vivre et faire vivre la vieillesse"

©Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H71-2/1-3-1983E
ISBN 0-662-12770-6

TABLE OF CONTENTS

	Page
Foreword	iii
Preface	v
1. AGING AND MEDICINE	1
1A. Trends in modern medicine	1
1° The birth of technological medicine	1
2° Training doctor-scientists	2
3° Multiplication of specialties and departmentalization of hospitals	2
4° Multiplication of the paramedical professions	3
5° The miracles of medicine	4
6° The costs of medical progress	5
1B. Consequences of this medicine	6
1° Curative and palliative care	6
2° Birth control	7
3° The aging of the population	8
4° The aging of the hospital clientele	8
1C. Euthanasia	10
1° Passive euthanasia	10
2° Active euthanasia	11
2. AGE AND SOCIETY	13
2A. The family	14
2B. Institutionalization	16
2C. Demedicalization	17
2D. De-institutionalization	17
2E. Integration into the community	18
2F. Recreology	18
3. AGE AND PSYCHOLOGY	21
4. AGE AND SPIRITUALITY	25
5. AGE AND VOLUNTEERISM	27
5A. Needs of the elderly in an institution	27
1° Material needs	27
2° Recreational needs	28
3° Emotional needs	28
6. CONCLUSION	31
Bibliography	35

FOREWORD

The Writings in Gerontology series is intended as a vehicle for sharing, with interested Canadians and the public generally, ideas and points of view -- if not contentious issues -- which prevail and may affect the status of elderly persons today and tomorrow.

Texts presented in this series may be adapted or rewritten from original works in order to facilitate comprehension; they may also simply be reprinted for wider circulation. Publication of an article or paper signifies that it is deemed to contain material worthy of public consideration, but does not imply endorsement of conclusions or recommendations by the National Advisory Council on Aging. Such action is part of the Council's role in stimulating discussion and disseminating information on aging.

It is hoped that readers will find the Writings of value for their own pursuits. Also, the Council would welcome comments on the topics selected as well as on the papers themselves.

Maurice Miron, Director
National Advisory Council on Aging

PREFACE

Aging: live and let live is the title of a speech delivered by Dr. Paul David at the "Colloque de l'Association québécoise de gérontologie" at Sherbrooke University, November 18-20, 1982.

Dr. David is an international renowned physician and he is the founder and director of l'Institut de cardiologie de Montréal.

According to Conrad Langlois from the AQG newspaper "Le Gérontophile", Dr. David's speech was the highlight of the first evening of the conference. He had the courage to speak out concerning situations which he found scandalous and he did not fear the repercussions of traditional opinion.

Proceedings of this conference are available at the Secrétariat de l'Association québécoise de gérontologie, 4625, Lorimier Ave., Montréal, Québec, H2H 2B6 ($16.).

The National Advisory Council on Aging is indebted to Dr. Paul David for the use of this material.

1. AGING AND MEDICINE

Old age, you will agree, is a mysterious lottery of life; since the world began, a certain percentage of individuals have always had the luck to live longer than the average. As medicine progressed, this privileged group has increased considerably in size. The principal novelty is not so much individual aging as collective aging; to better understand that phenomenon, it is useful to summarize the major trends in modern medicine and their most obvious consequences.

1A. Trends in modern medicine

I will give you a bird's-eye view of what I perceive as the major changes in medicine in the last 40 or so years, which corresponds more or less to the length of time I have had my diploma in medicine, as I graduated in 1944.

1° The birth of technological medicine

Progress in medicine has always been the result of discoveries in various disciplines: more specifically biology, physics, chemistry and mathematics. The twentieth century will be characterized as a period in which our knowledge in all these fields really exploded, and medicine has benefitted spectacularly from this phenomenon. Thus the medicine of 1940 appears to be empirical and that of today scientific; that of 1940 humanist and

that of today technological. What is true for medicine applies as well to all of our industrial or post-industrial society. These rapid transformations offer considerable advantages, but there are also disadvantages, which we shall attempt to illustrate.

2° Training doctor-scientists

To face the challenge of the new medicine, faculties of medicine have changed their admission criteria to give priority to those students best suited to assimilating the knowledge of the so-called "exact" sciences. Medicine-as-a-science has taken the place of medicine-as-an-art; we have recruited scientists and rejected humanists, hoping that the scientists would also be humanists.

3° Multiplication of specialities and departmentalization of hospitals

In 1940 medicine had essentially two major divisions: the surgeons and the others. There were a few rare specialties: internal medicine, tuberculosis specialists, heart and diabetes specialists, radiologists and pathologists. But it was still the day of big hospital wards, with patients in medical or surgical beds. The saying soon developed: the generalist is someone who

knows nothing about everything and the specialist is someone who knows everything about nothing! Knowing everything became a priority, and an increasingly large priority, as new discovery followed close upon new discovery, at a rate defying one's intellectual capacity to adapt. This led to the extraordinary multiplication of specialties. Thirty-three or so such specialties are now recognized by the Corporation professionnelle des médecins du Québec.

At the same time, hospitals were divided into almost as many subsections within a number of departments. Among these was gerontology, especially since a certain mandatory percentage of beds has been reserved for chronic or elderly patients in the short-term care hospitals, not to mention specialized institutions.

4° Multiplication of the paramedical professions

Still for the same technological reasons, the "generalist" employees in hospitals have also become specialists in the various specialties that have developed. The traditional nursing staff has been joined by specialized staff, generally organized around a support technology or specific medical acts: operating room nurses, intensive care nurses, obstetrical nurses, coronary care nurses, laboratory technicians (biochemistry, blood bank,

bacteriology, hematology), specialists in radiology, in heart-lung machines, inhalation therapists, physiotherapists, occupational therapists, dietitians and so on.

5° The miracles of medicine

This rapid transformation of medical practice has been inspired by the desire to pass on to the population the fruits of the extraordinary progress in medicine. In cardiology alone, think of cardiac catherization, surgery using the artificial heart-lung machine, insertion of artificial heart valves, long-life pacemaker batteries, cardiac resuscitation, coronary dilation and complete heart transplants. How many patients owe extra years of life to these medical miracles? What a disappointment for those who have not yet been able to benefit from them! But really there is no miracle here. This is simply reaping the benefits of progress, however difficult this may be. As Dr. Harry Grantham has said: "There is a risk that health policies will create the illusion that there is an answer for everything. That everything is accessible and cost-effective, and that all one needs in order to be happy is to let oneself be treated."[1] Nevertheless, despite these temporary miracles, the brutal fact remains: death, which we are avoiding prematurely or consciously putting off.

6° The costs of medical progress

These have become considerable and consequently most states in our western world have attempted to distribute them over the population as a whole. In this area, our country has been, and still is, one of the most generous in the world. By socializing care and nationalizing health facilities, Quebec has become a model of "philanthropy" for the population and an example of "overdoing it" for the taxpayer. Government management of care has precipitated two predictable phenomena: unionization of workers within the system and bureaucratization of the innumerable persons responsible for the control, delivery, programming and planning of care. The development of technological progress alone is costly. The cost of overall technological progress has also been increased by the free character of health care and services and its resulting abuses. Since it is difficult - and tantamount to political suicide - to take away a benefit once it is acquired, desperate attempts are being made to get around the obstacles by increased planning through regional and preventive bodies, which maintain the illusion of action while increasing bureaucratization. Among these costs we might emphasize the rapid addition of convalescent,extended care and custodial facilities.

1B. Consequences of this medicine

1° Curative and palliative care

In the forties, pneumonia and tuberculosis were the most frequent causes of death. There were cruel epidemics of poliomyelitis and the cardiac damage caused by rheumatic fever left its mark on many. These and many other diseases have all but disappeared. Gradually, fatal diseases have become categorized under four main headings: cardiac and circulatory diseases, 50%; cancer, 20%; accidents of all kinds, 10%; and other diseases, including old age, 20%.

It is curious, where aging is concerned, to note the reluctance of the medical profession to state this as a cause of death as if it were not normal for a person to die of the most desirable thing possible: having lived a long life. Is this a result of medical practitioners' pride or timidity, or a sign that they see this as a negation of their therapeutic powers? I find personally that death from "wear and tear" is a comforting diagnosis and would be pleased to be able to use that diagnosis as often as possible.

Medicine therefore cures a large number of patients and I could fill a number of pages with examples of this. I agree with the idea that there is no price to curative medicine. But

curative medicine is not the most costly part of medicine! Palliative medicine is a different problem altogether and we are entitled to ask a good many questions about it, questions for which the answers are often hard to find. I refer here to the countless therapies which prolong, for a limited time, some forms of cancer, most of the atherosclerotic diseases, certain organic insufficiencies, and so on. These pathologies are often associated with surgical, radiation or replacement therapy which prolongs the chronicity, although not always providing an enjoyable quality of life.

In 1978 , the Office for Evaluation of Technology, set up by the American Congress in 1972, evaluated only 10% to 20% of medical practices as definitely useful.[2] The examples are numerous and cast some doubt on the slogan: life at any price. I even wonder whether the billions of dollars sunk into these uncertain palliative treatments would not be better used to improve working, living, recreational, sport, dietary, ecological and stress-producing conditions which all play a definite role in some of the so-called diseases of civilization.

2° Birth control

The possibility of avoiding pregnancy by chemical means (the Pill) or physical means (the IUD) is probably the most important medical discovery of this century. Birth control is a vital

priority, in some countries, China for example, since its population of one billion represents one quarter of the population of the entire world. Other countries experienced a spectacular drop in the birth-rate. This has been the case in Quebec. And it represents a threat in the long term to the survival of a cultural group that is isolated in a continent with a population of 250 million. Between 1972 and 1982, the Quebec population went from 6.040 to 6.358 million, an increase of 0.5 per year, compared to the increase for Canada as a whole of 1.2% and for the USA of 1.0%.[3]

3° The aging of the population

Decreasing numbers of births have, by default, increased the average age of our population. Moreover, progress in medicine has increased life expectancy. These two factors together explain the general aging of the population, a phenomenon from which women have benefitted much more than men, since they live eight years longer than men on the average.

4° The aging of the hospital clientele

This is a corollary of the general aging phenomenon. For example, in our centre (which specializes in short-term care), the average age of the adult clientele (those 18 and over) was 46 in 1958-61 and 54 in 1974-77, representing an increase of eight

years in two decades.[4] In introducing this point, I would like to take some time to reflect on certain aspects associated with the diagnosis and treatment of an aging hospital population.

We have been aware for some time that children have different pathologies than adults, the treatment of which call for particular specificities. Thus we witnessed the birth of the specialty of pediatrics and of a large number of sub-specialties. For several years now, an identical phenomenon has been developing for the elderly, and a new specialty, geriatrics, is becoming increasingly important. I am glad of this, because I am convinced that the therapeutic problems of the elderly are different than those of younger adults. Two common phenomena are observed with respect to this group of clientele, a group that is rapidly increasing in size.

Considering the criterion of chronological age alone (age 70 for instance) some doctors adopt an overall conservative attitude, which often results in undertreatment. Others, on the other hand, without considering all of the other factors associated with age, propose high risk treatments, which may not be overtly justified in my opinion, and result in overtreatment. It is no longer a rarity to see these patients receiving coronary bypasses, or valve replacements on the heart-lung machine. And with success heaped on success, the frontiers of age are

retreating. I feel, personally, that a decision involving risk for an elderly person should always be evaluated according to the overall benefits expected and the quality of life desired by the person in question. Medicine for the elderly should first and foremost be humane and holistic. Any other consideration seems to me to be in contradiction to the main objective of medicine which is "primo, non nocere" - in the first place, it should not be harmful.

1C. Euthanasia

Treatment of the elderly poses the question of euthanasia and medical conscience. We are aware of just how popular this topic has become in the press, and the broadcast media. The standard approach is to differentiate the two major aspects of euthanasia: passive and active.

1° Passive euthanasia

This consists in accepting the death of the patient as part of the natural process of the evolution of an illness. Physicians must face this eventuality at all times and acknowledge their inability to change its course. And if the treatment involves administration of a tranquilizer which may depress the respiratory centre, decreasing of suffering is,

nevertheless, the main, and perfectly justifiable objective. For me, this indirect and compassionate euthanasia is part of effective and humane treatment.

2° Active euthanasia

This consists in killing the patient to put an end to his illness. The aim is the death, either at the patient's request or at the request of the family. As was the case with abortion 20 years ago, we are now witnessing a genuine crusade in favour of active euthanasia, which nearly always involves the complicity of a physician. The most noble sentiments are invoked to promote this thesis: freedom to die with dignity, choosing one's death, avoiding suffering, making things easier for the rest of the family, and so on. This is no longer a clandestine movement and it is taking on dimensions that merit our reflection before it is too late. In an article of Le Courrier Médical published on October 26, 1982, we read:

> "Movements for the right to die in dignity, which seek to gain legal recognition of the right of the dying to voluntary active euthanasia and to suicide, now exist in more than 25 countries on all 5 continents. There is a world federation... with headquarters in New York City... and the movement involves close to a third of a million people, five hundred of whom are Canadians, where only five years ago only a handful of people were involved".[5]

The main immediate goal is "a review of legislation to decriminalize voluntary active euthanasia and assistance to suicide"... so that "physicians or others assisting a dying person in ending his/her life may do so without fear of legal consequences". I cannot help but compare this to the evolution in the abortion issue, and think that here again we will end up destroying LIFE on DEMAND, for so-called humanitarian reasons. Our civilization has now accepted the death of children in the womb; it is clearly capable, in this new stage, of promoting the death of the bed-ridden elderly, the inactive disabled and the mentally retarded who are a burden to society. Unless there is an individual and collective coming to our senses, we will harvest the fruits of our selfish materialism.

2. AGE AND SOCIETY

As in medicine, the fantastic technological progress in the rest of society in the twentieth century has meant radical changes in our mores and customs. Think of the telephone, radio and television in the communications field; the automobile and airplane in transportation; freezing and distribution in the food industry; skyscrapers, apartment buildings and electricity in housing; movies and all the related recreational products; automation, data processing and computers in the work place; nuclear weapons in defence; social security programs in political systems and so on.

In Québec we are experiencing, mainly since 1960, only two decades, a virtually complete transformation, a "quiet revolution" that has been terribly effective, transforming our mores, our traditions, our way of life, family values, religious values, massive urbanization, low birth rates, promotion of rights and freedoms. Our proximity with the United States has allowed us to instantly import their progress piecemeal, to profit from their world leadership, and to experience an extraordinary economic prosperity. In this context of plenty, society and governments have equipped themselves with unequalled social and security programs. These have led to the creation of the Welfare State. For some months now we have been experiencing the unpleasant repercussions of this excessive generosity.

Retirement is an example: in the USA in 1950, one hundred workers had to support six retired people, while in 1982 they had to support 30 and the figure will have risen to 50 by the turn of the next century.[6] The Québec budget, which was five billion, one hundred million dollars for 1972-73, rose to approximately twenty-two billion, seven hundred million in 1982-83, a four and a half fold increase in 10 years, and the public debt of Québec has risen from two billion six hundred million to fifteen billion one hundred million in the same period of time, a nearly six-fold increase.[7] These few examples leave me with doubts as to our financial ability to support such expenditures at a time when - and I repeat - our population has increased only 5% over the past 10 years.

Let us now go on to mention some of the changes in our society which affect our seniors:

2A. <u>The family</u>

Traditionally, the old person lived out his/her days with one of his/her children. You know better than I what the situation is nowadays. The family? What family? Young couples, whether married or not, stable or temporary, have all the trouble in the world making their relationship work, and children are few and sometimes divided between two households. Today's elderly

have not known such turbulence. They adapt poorly to such situations and often isolate themselves as couples until the death or illness of one of them puts an end to this. After that, there is extreme solitude. To remedy that situation, the Welfare State has built more and more old age homes. Now, for reasons of safety, care, recreation, it has become natural and normal to place our elderly who have become our golden age citizens, in these "homes of happiness"! In short, society has opted for facility and has institutionalized its elderly. And since the elderly continue to become more elderly, barring accident, they are eventually placed in facilities with a variety of labels, according to whether they are autonomous, semi-autonomous, bed-ridden, terminal and so on.

I was amazed to see that placement of elderly persons in institutions in China simply does not exist there.[8] In this communist country, although the state provides all services, it is unacceptable for a son or daughter to place a parent outside of their home. I have vivid memories of these countless old people bringing their birds outside in their cages at 6 or 7 in the morning to sing to the dawn and then, a little later, walking their grandchild to school. I would have loved to have been a poet or painter to be able to capture my emotions at the sight of these two at the opposite extremes of life, walking along together. In Asian and African countries, they have retained

respect for the elderly, and have accepted their decline and death at home just as the parents accepted the responsibility to raise their children there. Is our societal choice a sign of progress or is it not one of decline in the scale of values which we must ultimately pass on?

2B. Institutionalization

Homes for the aged have, therefore, multiplied. As a member of the jury for the 1982 Department of Social Affairs Award of Excellence to an institution within the Department of Social Affairs network, I read with a great deal of interest the applications from some of these facilities. I am pleased at the considerable effort expended to make the life of these clients as happy as possible. I congratulate all those who have as their primary interest the innovation of creative approaches to break the monotony of daily living in these facilities, living which threatens to just go on and on without any happiness. For caregivers working closely with the elderly, the first concern seems to me to preserve their autonomy, their privacy, their tradition and their freedom. In tandem with the often superficial concerns of interventions I have noted a marked desire for profound change of a nature that would create a conforting, human and self-actualizing atmosphere.

2C. Demedicalization

In a number of facilities, we note a commendable effort toward lessening dependency on drugs, while in others the stress is on the preventive nature of structured medical visits. I feel personally that this prevention allows the administrators to have a clear conscience, while not changing much in the evolution of uncomplicated aging. It runs the risk of multiplying needless examinations and of resulting in prescription of drugs that are not indispensable and are sometimes harmful. I am totally in agreement with Gilles Barbeau and Jean-Yves Julien when they say: "We are convinced that improving the quality of life of our elderly must start with a rational and minimal consumption of medication".[9] Abuse of medication is a real scourge of our society, and in institutions it often provides caregivers with the comfort that they are unconsciously seeking. Monthly mandatory medical consultation therefore seems to me to have little to recommend it. It accentuates the dependency of the elderly person and encroaches on his/her autonomy.

2D. De-institutionalization

I find it reassuring that some centres are trying to develop a foster family network in their community. This alternative returns the senior to the human atmosphere of a home and an

emotional environment that meets his/her needs. This network, centred on an organized facility with structured professional services, seems to me a very progressive concept.

2E. Integration into the community

I have noted some very promising experiments in integrating the aged into community life, in particular, the attempts to bring the aged into contact with children and teenagers. These "twinning" experiments, bringing together two people at opposite ends of their lives, constitute an indispensable link between the young and the old. All that is needed is some creativity to develop the thousand and one ways of integration, so as to put an end to this ghettoizing of the elderly, whom we want to be independent and free while surrounding them with structures that make them dependent.

2F. Recreology

My knowledge has been increased by the discovery of this new specialty and of a new professional: the recreologist. Some of the activities offered to the elderly strike me as "folklore", but I have noted some recreational activities aimed at increasing feelings of self-worth in the older person. An effort is made to take advantage of seniors' experience in life, using their

talents, their trades, etc. associating them with work being done in the facility in which they live: painting, carpentry, repairs, gardening. One could imagine a community television station involving the various institutions and making use of a large number of elderly persons who could speak of their experiences for the benefit of younger generations.

Our western society is wrong in no longer believing in the wisdom, experience, perspicacity, total freedom of expression of those over the age of 65, while many eastern societies have great confidence in these same qualities. I personally feel that the bridging of generations might provide those in charge of our country and our institutions with invaluable assistance in bringing together the population as a whole within realistic concepts of wisdom and vitality.

3. AGE AND PSYCHOLOGY

I venture into this topic with humility but conviction. It is my profound belief that human relationships require an ongoing effort of reciprocal understanding based on a natural or acquired knowledge of evident or hidden psychological principles. The essential means is dialogue, the ability to listen, empathy. These qualities bring out confidence and calm discussion of any situation of concern to the other person.

In current medical practice, doctors often go to excess in diagnosing and treating insignificant conditions; there is a multiplicity of examinations, laboratory tests, x-rays, consultations, to confirm or deny the obvious. There is no longer any confidence without the reassurance of objective proof. It is, in fact, easier and faster to use these expedients - and patients appreciate them a great deal as well - than to listen to them for a long time and discover that their problems have a psychological basis with physical repercussions, or vice versa: stress, conflicts with those around them, some unexpected event or one that has been over-dramatized, anxiety. I have always been stimulated by the thought that the majority of these psychosomatically ill patients were curable if I had the will to see them often and to demonstrate to them, progressively, the importance of the

relationship between the emotional and the physical. In many cases, this rehabilitation was long-lasting and allowed the patient to get on with a normal life with its ups and downs.

It is easy to imagine the countless repercussions of old age on health and behaviour. This is why the attitude of all care-givers requires a predisposition and desire to help them. This adaptation of caregivers to the psychological factors that are involved in the care and needs of the elderly, whether well or ill, explains my opposition to their being placed in short-term general hospitals. Without exception, all the elements liable to make their stay unpleasant are to be found there: choice of physicians, nursing and auxiliary staff, over-medication, inappropriate premises, inadequate organization of recreation. It seems to me almost certain that the elderly are aware of the staff's resentment of their presence. For these reasons I feel it is desirable to put an end to this practice of expediency.

Old age, if it is to be acceptable, must be prepared for psychologically over a long period of time, and for that reason the new legislation allowing everyone to delay retirement if he so desires strikes me as a bad thing. As always, we have made use of sentimental and humane arguments to defend the right to work of those who want to extend their active working life. I am

not certain that this seemingly generous decision does not disguise a desire to protect the "holdings" of the retirement funds, which run the risk of becoming insufficient very quickly, as a result of the excessive financial settlements that have been negotiated in the last 20 years. In so doing, the legislator has forgotten the long preparation that each person must make in advance of this cessation of activities at a given age. There is, in my opinion, much less discrimination in applying a universal measure than in solving individual cases through some arbitration board.

4. AGE AND SPIRITUALITY

Today's old people were born at the end of World War I. They have lived in a Quebec in which religious tradition played an unquestionable role and now have reached a stage in life when the after-life has a very real meaning for them, one of which they are keenly aware. In that context, it is easy to understand their outstanding need for spiritual things. This is why spiritual advisors and others must be particularly careful to provide these people with the HOPE they have such need of to live out their old age with serenity and prepare for a death that is coming closer and closer.

Since death is an unavoidable consequence of life, the longer one's life, the closer one's death. The old person does not need any long speeches to be convinced of that. For this reason, I feel it is essential to de-dramatize the event; instead, every effort must be made to humanize this final step in the voyage of life, so that it will be reassuring, warm, friendly and simple.

In that context, spiritual work with the elderly is particularly comforting, since they are so receptive to the biblical message. At this point in time, dialogue takes on an unwonted importance in people's everyday lives. A thousand and one

initiatives are possible both for the aged and for those working with them, because the latter have a much more frequent contact with death, which will one day be the lot of us all. In that respect, the reflection expressed by the writer in the Royal Bank Newsletter is realistic. It says: "The world would be a better place if people managed to live their lives as if they were about to die".[10]

5. AGE AND VOLUNTEERISM

One of the most positive means of de-institutionalizing homes for the aged, while still retaining them, is to make use of local and community volunteers. It seems to me indispensable to counteract ghettoizing by exploring the thousand and one ways of integrating the elderly into the life of their neighbourhood or city. Volunteer work will be all the more effective if it is based on imaginative, competent and realistic leadership. Its main objective should be the expressed needs of the elderly in the institution. As in many other areas, we have an innate tendency to offer the other person our perception of his/her needs, rather than adapting ourselves to his/her demands and aspirations.

5A. Needs of the elderly in an institution

1° Material needs

These are important to provide the centre with the proper tools for a material life which is comfortable and enjoyable and a gay, clean, welcoming and if possible family atmosphere. Within that context volunteers have their place in canvassing for funds to allow improvement of the quality of life of clients: minibuses, televisions, furniture, gardening tools, physiotherapy equipment, occupational therapy supplies and so on.

2° Recreational needs

The objective of recreation is to break the monotony with occasional distractions: theatre, movies, bingo, special meals, outings, shopping, handicrafts, etc. This form of volunteer work is definitely appreciated and useful.

3° Emotional needs

This, in my opinion, is probably the most difficult and yet the most important kind of volunteer work. We have already spoken of the solitude of the old person whose partner has died, and who has lost most of his friends and acquaintances. Often his children live in another city and have their own problems. Overcoming this solitude is, it seems to me, the most demanding objective of the volunteer. You will no doubt be hearing of a number of experiments, and I might offer you a few suggestions.

A goodly number of volunteers might be chosen from among those in the centre itself, the most autonomous and sociable ones. They might be better than anyone else at transmitting their natural empathy to their less outgoing neighbours, those who are tormented, anxious or isolated. With patience and confidence, we should be able to find a natural and communicative

leader in each centre, who would become the head volunteer in the centre. It would be the responsibility of the centre staff to single out those who would be able to take their own future in hand and think up their own programs.

I can imagine the possibility of several families in a given area associating an old person from the centre with their own family life. This would be a partial foster family, in which human contacts would gradually enrich the emotional needs of all those involved.

It would be interesting to increase the opportunities for contact between children and old people, to have emotional ties between an old person and a child. Each would take pleasure from the other and from giving pleasure to the other. This might be the most frequent means of contact with a family.

In short, any volunteerism might have as its main objective to provide the old person with the desire to live out his days in joy, affection, respect and understanding. This volunteer work based on human relationships seems to be the most likely to reconcile the old person with our rejecting society.

6. CONCLUSION

In my introduction, I spoke of the naïvety and temerity of this presentation. I must thank you for having been so kind as to listen to me and to offer me this opportunity to speak out about what I think about aging. Before long I too will come to the big milestone of 65 and, armed with the strength of my personal convictions, will choose to retire, following many of my devoted colleagues at the Institute who were forced to take retirement in the past. I share the opinion of Lucien Pelletier who wrote: "Our old age will, perhaps, be the richest period in our lives, a period in which we will be filled with memories and take the greatest pleasure in the simplest things. We will have purged our lives of everything that is superfluous and will intensely experience only the essential."[11] I am, to my surprise, anxious to become a citizen who is totally free to act, think, talk, write and organize his time.

In an article in La Vie Médicale au Canada-Français, in May 1982, entitled "Quand j'étais vieux" (When I Was Old), Dr. Paul Claveau saw age as the ultimate stage of serenity "which consists in no longer attaching importance to anything but internal order".[12] I have the impression that I have made some progress in that direction in recent years, and I would like to

be able to communicate that to those who believe in the happiness of our day to day lives despite the many obstacles and annoyances that we encounter.

We have spoken of the aging of individuals and you have no doubt felt that I was often referring to the aging of a civilization. I think, indeed, that our Judeo-christian civilization is showing the wear and tear of its two thousand years. I doubt, however, that modern medicine can cure it, but the world will continue to evolve and new civilizations will gradually come to substitute for ours, identifying themselves with the aspirations of another century.

In this voyage that we are making here on earth, our participation in collective life is an infinitesimal fraction of time, so tiny that it is vital to use it in its entirety in the service of others. For that reason I have always made a point of being available to anyone doing me the honour and pleasure of asking for my presence.

I hope that my old age will increase my availability and will allow me to serve my fellow man with greater wisdom and competency. To grow old is already a privilege of Providence in itself, and that is why life will always be for me an indestructable treasure from birth to a natural death. And when, if ever I

have the great pleasure of outliving the ability to participate in the serenity of my surroundings, I simply wish that those looking after me will have the patience, the kindness, the charity to protect another human life, mindless perhaps, but still a human soul, perhaps one already on the way to Eternity.

BIBLIOGRAPHY

1. Grantham, H. La promotion de la santé, options de valeurs résultant de l'alliance des droits et responsabilités individuels et collectifs. Troisième colloque du Carrefour des Chrétiens du Québec pour la Santé, Montréal, May 29, 1982.

2. McQuaig, L. "La médecine aux frontières de l'interdit". L'Actualité, November 1982, pages 73-78.

3. "Population of Canada by Province, 1972 to 1982". Metropolitan Life Foundation, Statistical Bulletin, April-June 1982, page 15.

4. David, P. and Charbonneau, D. Au coeur des chiffres. Institut de Cardiologie de Montréal, 1979, page 6.

5. "Dans plus de 25 pays: Des sociétés pour le droit de mourir dans la dignité". Le Courrier Médical, October 26, 1982, page 11.

6. Fallows, J. "Entitlements". Atlantic Monthly, November 1982, pages 53-59.

7. Dubuc, Alain, "Déficit: Quel est le point d'alarme?". La Presse, November 13, 1982, pages B1 et B2.

8. Lemire-David, Y. et David, P. "Impressions de Chine". Actualité Médicale, October 6, 1982, pages 56-60.

9. Barbeau, G. et Julien, J.-Y. "L'expérience du Sanatorium Bégin. Médicaments et troisième âge". Carrefour des Affaires Sociales, vol. 4, n° 3, June 1982, pages 24-28.

10. Bulletin de la Banque Royale du Canada. "Regarder la mort en face", Vol. 63, n° 3, May-June 1982.

11. Pelletier, L. "Quatrième âge... Déchéance ou Apothéose". Éditions Anne Sigier, 1982, page 14.

12. Claveau, P. "Quand j'étais vieux", La Vie Médicale au Canada-Français, vol. 11, May 1982, pages 257-262.

VIVRE ET FAIRE VIVRE LA VIEILLESSE

Canada

VIVRE ET FAIRE VIVRE

LA VIEILLESSE

Conseil consultatif national sur le troisième âge
Août 1983

Autres titres de cette série:

1. L'impact économique du système de revenu de retraite du Canada

2. L'adaptation au changement et le rôle de la famille pour les personnes âgées

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le:

Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Immeuble Jeanne Mance
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
(613) 996-6521

This publication is also available in English under the title:

"Aging: Live and Let Live"

©Ministre des Approvisionnement et Services Canada 1983
N° de cat. H71-2/1-3-1983F
ISBN 0-662-92269-7

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Avant-propos	iii
Préface	v
1. VIEILLESSE ET MÉDECINE	
1A. Tendances de la médecine moderne	1
1° Naissance d'une médecine technologique	1
2° Formation de médecins - scientistes	1
3° Multiplication des spécialités et départementalisation des hôpitaux	2
4° Multiplication des professions paramédicales	2
5° Miracles de la médecine	3
6° Coûts des progrès de la médecine	4
1B. Conséquences de cette médecine	5
1° Soins curatifs et palliatifs	6
2° Contrôle des naissances	6
3° Vieillissement de la population	8
4° Vieillissement de la clientèle hospitalière	9
1C. Euthanasie	9
1° Euthanasie passive	11
2° Euthanasie active	11
2. VIEILLESSE ET SOCIÉTÉ	12
2A. Famille	15
2B. Institutionnalisation	16
2C. Démédicalisation	18
2D. Désinstitutionnalisation	19
2E. Intégration dans une vie communautaire	20
2F. Récréologie	20
3. VIEILLESSE ET PSYCHOLOGIE	21
4. VIEILLESSE ET SPIRITUALITÉ	23
5. VIEILLESSE ET BÉNÉVOLAT	27
5A. Besoins des personnes âgées dans un établissement	29
1° Besoins matériels	29
2° Besoins récréatifs	29
3° Besoins affectifs	30
6. CONCLUSION	30
Bibliographie	33
	37

AVANT-PROPOS

La série sur les écrits en gérontologie a été créée dans le but de susciter, chez les Canadiens intéressés et le public en général, des échanges d'idées sur les questions d'actualité aussi bien que des sujets controversés, qui peuvent affecter le statut présent et futur des personnes âgées.

Les textes présentés dans cette série peuvent être adaptés ou réécrits à partir de textes originaux afin d'en faciliter la compréhension. Ils peuvent aussi être simplement réimprimés pour en assurer une plus grande diffusion.

Ces articles ont été sélectionnés selon l'intérêt et la pertinence des informations qu'ils véhiculent et ne représentent pas nécessairement la position du Conseil sur le sujet.

Cette initiative rejoint un des objectifs du Conseil, soit de susciter les débats et disséminer de l'information sur le vieillissement.

Nous espérons que les lecteurs tireront profit de ces écrits et qu'ils nous feront partager leurs commentaires sur les subjets sélectionnés aussi bien que les documents eux-mêmes.

Maurice Miron, Director
National Advisory Council on Aging

PRÉFACE

"Vivre et faire vivre la vieillesse" est le titre du discours prononcé par le docteur Paul David au Colloque de l'Association québécoise de gérontologie de l'Université de Sherbrooke, les 18-19-20 novembre 1982.

Le docteur David est un médecin de réputation internationale et il est fondateur de l'Institut de cardiologie de Montréal dont il dirige les services professionnels.

Selon Conrad Langlois du journal de l'A.Q.G., "Le Gérontophile", le clou de la soirée d'ouverture du Colloque a été le texte-choc du docteur David dans lequel il s'en est pris vigoureusement à des situations qu'il trouve scandaleuses, sans crainte de heurter des opinions très répandues.

Les Actes de ce Colloque sont disponibles auprès du Secrétariat de l'Association québécoise de gérontologie, 4624, av. de Lorimier, Montréal (Québec), H2H 2B6, au coût de 16$.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge remercie le docteur David d'avoir permis l'utilisation de ses documents.

I. VIEILLESSE ET MÉDECINE

La vieillesse, vous en conviendrez, est une prime mystérieuse de la vie. Depuis que le monde existe, un certain pourcentage d'individus a toujours eu la chance d'atteindre un âge supérieur à la moyenne. Avec les progrès de la médecine, ce groupe privilégié a considérablement augmenté. La principale nouveauté n'est pas tellement le vieillissement individuel que le vieillissement collectif. Pour mieux comprendre l'ampleur de ce phénomène, il est utile de résumer les principales tendances de la médecine moderne et ses conséquences les plus évidentes.

1A. Tendances de la médecine moderne

Je vous exposerai, à vol d'oiseau, ma perception des principales transformations de la médecine depuis une quarantaine d'années, ce qui correspond, à peu près, à la date de l'obtention de mon diplôme en médecine, en 1944.

1° Naissance d'une médecine technologique

Les progrès de la médecine ont toujours été les fruits des découvertes d'une époque dans diverses disciplines: biologie, physique, chimie et mathématiques, tout particulièrement. Or, le vingtième siècle sera caractérisé par une explosion de nos connaissances dans ces domaines et la

médecine en aura bénéficié de façon spectaculaire. Dans ce sens, la médecine de 1940 paraît empirique et celle d'aujourd'hui scientifique, celle de 1940, humaniste et celle d'aujourd'hui, technologique. Ce qui est vrai pour la médecine l'est aussi pour l'ensemble de notre société industrialisée ou post-industrialisée. Ces transformations rapides offrent des avantages considérables mais également des inconvénients que nous tenterons d'illustrer.

2° Formation de médecins-scientistes

Pour affronter le défi de cette nouvelle médecine, les facultés de médecine ont changé leurs critères d'admission pour recevoir en priorité les étudiants les plus aptes à assimiler le savoir des disciplines dites exactes. La médecine-science s'est substituée à la médecine-art. Nous avons recruté des scientistes et refusé des humanistes, en espérant que les scientistes seraient aussi des humanistes.

3° Multiplication des spécialités et départementalisation des hôpitaux

En 1940, la médecine comprenait essentiellement deux grandes catégories de médecins: les chirurgiens et les autres. Quelques rares spécialités existaient: la médecine

interne, les spécialistes de la tuberculose, du coeur, du diabète, les radiologistes et les pathologistes. Mais c'était encore l'époque des grandes salles hospitalières où les malades étaient dans des lits de médecine ou de chirurgie. Rapidement, on applique le dicton: le généraliste est celui qui ne sait rien sur tout et le spécialiste est celui qui sait tout sur rien! Savoir tout devint une priorité d'autant plus grande que les progrès se produisaient à un rythme effarant qui défiait la capacité intellectuelle de s'y adapter. D'où la multiplication extraordinaire des spécialités dont environ 33 sont présentement identifiées par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Simultanément, l'hôpital s'est divisé en presque autant d'unités de services regroupées à l'intérieur d'un certain nombre de départements, dont celui de gérontologie, surtout depuis qu'un pourcentage obligatoire de lits est réservé à des malades chroniques ou âgés dans les hôpitaux de soins de courte durée. Et je ne dis rien des instituts spécialisés!

4° Multiplication des professions paramédicales

Toujours pour les mêmes raisons technologiques, les employés polyvalents des hôpitaux se sont, eux aussi, spécialisés pour acquérir une compétence dans les diverses

spécialités médicales qui se sont développées. Au personnel infirmier traditionnel s'est ajouté un personnel spécialisé, en général, autour d'une technologie de support ou d'actes médicaux particuliers: nursing de salles d'opération, d'unité de soins intensifs, d'obstétrique, d'unité coronarienne, technologistes de laboratoire (biochimie, banque de sang, bactériologie, hématologie), de radiologie, de coeur-poumon artificiel, inhalothérapeutes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, diétothérapeutes, etc.

5° Miracles de la médecine

Cette transformation rapide de la pratique médicale fut inspirée par le désir de fournir à la population les progrès extraordinaires de la médecine. Dans le seul domaine de la cardiologie, citons le cathétérisme cardiaque, la chirurgie par coeur-poumon artificiel, l'implantation de valves artificielles, de batteries de longue durée à stimulation cardiaque, la ressuscitation cardiaque, la dilatation coronarienne et la greffe totale du coeur. Combien de malades doivent un surplus d'années à ces miracles de la médecine! Et quelle déception pour ceux qui n'en profitent pas encore. Mais, dans tout cela, il n'y a pas de miracle ... il y a simplement, et déjà c'est très difficile, application bénéfique des progrès. "Il y a risque que les politiques de

santé créent l'illusion qu'il y a réponse à tout, que tout est accessible et rentable et que chacun n'a qu'à se laisser soigner pour être heureux" a écrit le docteur Harry Grantham.[1] Pourtant, en dépit de ces miracles temporaires, demeure le fait brutal de la mort que nous évitons prématurément ou retardons consciemment.

6° Coûts des progrès de la médecine

Ils sont devenus considérables et par voie de conséquence, la plupart des États de notre monde occidental ont tenté de les répartir sur l'ensemble de la population. Dans ce domaine, notre pays a été et est encore un des plus généreux dans le monde. En socialisant les soins et en étatisant les établissements de santé, le Québec est devenu un modèle de "philanthropie" pour la population et un exemple "d'exagération" pour les payeurs de taxe. Car la gérance gouvernementale des soins a précipité deux phénomènes prévisibles: la syndicalisation des travailleurs du système et la bureaucratisation des innombrables responsables du contrôle et de la distribution, programmation et planification des soins. Les coûts des progrès technologiques à eux seuls sont élevés et la gratuité des soins de santé et les abus qui en découlent contribuent aussi à l'augmentation des coûts. Comme il est difficile et politiquement suicidaire

d'enlever un bénéfice acquis, on essaie désespérément de contourner les obstacles en planifiant davantage par des organismes de régionalisation et de prévention qui entretiennent l'illusion de l'action tout en augmentant la bureaucratisation. Dans ces coûts, nous soulignons l'addition rapide d'établissements de convalescence, de soins prolongés et d'hébergement.

1B. Les conséquences de cette médecine

1° Soins curatifs et palliatifs

La pneumonie et la tuberculose constituaient des causes fréquentes de décès vers les années 40. La poliomyélite a connu des épidémies cruelles et la fièvre rhumatismale engendrait des lésions cardiaques dont un grand nombre de citoyens furent victimes. Ces maladies et d'autres ont presque disparu. Petit à petit, nos pathologies mortelles se sont rétrécies à quatre chapitres principaux: les maladies du coeur et des vaisseaux, 50%, le cancer, 20%, les accidents de toute nature, 10% et les autres pathologies, dont la vieillesse, 20%.

En ce qui concerne la vieillesse, il est curieux de constater la réticence de la profession médicale à poser ce diagnostic comme cause de décès, comme s'il n'était pas normal qu'un individu puisse mourir de la mort la plus souhaitable qui soit, mourir d'avoir longuement vécu. Est-ce orgueil, fierté, timidité, négation du pouvoir thérapeutique? Quant à moi, je trouve que la mort par usure est un diagnostic réconfortant et j'aurais plaisir à l'écrire le plus souvent possible.

La médecine guérit donc un grand nombre de malades et les exemples pourraient remplir plusieurs pages. Je suis d'accord pour affirmer que cette médecine curative n'a pas de prix. Mais elle n'est pas la plus coûteuse! La médecine palliative pose un problème différent et on est en droit de se poser bien des questions dont les réponses sont souvent très difficiles. Je me réfère aux nombreuses thérapies qui prolongent, pour un temps limité, plusieurs formes de cancer, la plupart des pathologies athéroscléreuses, certaines insuffisances d'organes, etc. Ces pathologies sont souvent associées à des thérapies chirurgicales, d'irradiation ou de substitution qui prolongent la chronicité tout en ne donnant pas toujours une qualité de vie agréable.

Ainsi, en 1978, l'Office d'évaluation des technologies, créé par le Congrès américain en 1972, évaluait à 10% ou 20% seulement les pratiques médicales dont on connait, hors de tout doute, l'utilité.[2] Les exemples sont nombreux et remettent en question le slogan "La vie à tout prix". Je me demande même si les milliards de dollars engloutis dans ces traitements palliatifs incertains ne seraient pas mieux utilisés pour améliorer les conditions de travail, de logement, de loisirs, de sport, d'alimentation, d'écologie, de stress, qui jouent un rôle certain dans plusieurs maladies dites de "civilisation".

2° Contrôle des naissances

La possibilité d'éviter la fécondation par des moyens chimiques (pilule) ou physiques (stérilet) est la découverte médicale probablement la plus importante de notre siècle. Dans certains pays, le contrôle des naissances est une priorité vitale. C'est le cas de la Chine dont la population d'un milliard d'habitants représente le quart de la population mondiale. D'autres pays ont subi une chute spectaculaire du taux de natalité. Ceci a été le cas au Québec où le faible taux de natalité menace à long terme la survie d'une ethnie culturelle isolée dans un continent de 250 millions d'habitants. Rappelons qu'entre 1972 et 1982,

la population du Québec est passée de 6 millions 040 à 6 millions 358, soit une augmentation de 0,5 par année comparativement à 1,2% pour le Canada et 1,0% pour les États-Unis.[3]

3° Vieillissement de la population

La diminution des naissances a, par défaut, augmenté l'âge moyen de notre population. Par ailleurs, les progrès de la médecine ont allongé l'espérance de vie. Ces deux facteurs réunis expliquent un vieillissement général dont les femmes sont les grandes privilégiées puisque leur moyenne de vie est supérieure de 8 ans à celle de l'homme.

4° Vieillissement de la clientèle hospitalière

C'est un corollaire du vieillissement général. Dans notre centre spécialisé de courte durée, par exemple, l'âge moyen de la clientèle adulte (de 18 ans et plus) était en 1958-1961 de 46 ans et en 1974-1977 de 54 ans, soit une augmentation de 8 ans en 20 ans.[4] En introduisant cette considération, je désire réfléchir sur certains aspects associés au diagnostic et au traitement d'une population hospitalière qui vieillit.

Depuis longtemps, on s'est rendu compte que l'enfant avait des pathologies différentes de l'adulte et que la thérapeutique avait des spécificités particulières, d'où la création d'une spécialité, la pédiatrie, et d'un grand nombre de sous-spécialités pédiatriques. Depuis quelques années, un phénomène identique se produit pour les vieillards et une nouvelle spécialité, la gériatrie, prend de plus en plus d'importance. Je m'en réjouis, car je suis convaincu que les problèmes thérapeutiques de la personne âgée sont différents de ceux des adultes. Deux phénomènes courants s'observent vis-à-vis de cette clientèle plus nombreuse.

En considérant la seule donnée de l'âge chronologique, 70 ans par exemple, certains médecins adoptent d'emblée une attitude conservatrice qui résulte souvent dans un traitement inefficace (under treatment). D'autres par contre, sans considérer tous les autres facteurs associés à l'âge, proposent des traitements à risque élevé et, ma foi, globalement peu justifiés (over treatment). Il n'est plus rare de pratiquer un pontage aorto-coronarien et de remplacer un appareil valvulaire, sous coeur-poumon artificiel, chez ces malades. Et, de succès en succès, les frontières de l'âge diminuent. Personnellement, je crois qu'une décision à risque chez une personne âgée devrait toujours être évaluée en fonction des bénéfices globaux escomptés et de la qualité de vie souhaitée

par la personne concernée. La médecine du vieillard devrait être, avant tout, humaine et globale. Toute autre considération me paraît aller à l'encontre du principal objectif de la médecine qui est: "primo, non nocere" ou "en premier lieu, ne pas nuire".

1C. Euthanasie

Le traitement du vieillard pose à la conscience médicale le problème de l'euthanasie. On connaît la popularité de ce sujet dans l'actualité de la presse écrite, parlée et télévisée. Il est classique de différencier ses deux aspects principaux: l'euthanasie passive et l'euthanasie active.

1° Euthanasie passive

Elle consiste à accepter la mort du malade dans le processus naturel de l'évolution de la maladie. De tous les temps, le médecin a dû faire face à cette éventualité et reconnaître son impossibilité d'en changer le cours. Et si le traitement implique l'administration d'un calmant, par exemple, susceptible de déprimer le centre respiratoire, il demeure que le soulagement de la souffrance est l'objectif

prioritaire et parfaitement justifiable. Pour moi, cette euthanasie indirecte et compatissante fait partie d'un traitement efficace et humain.

2° Euthanasie active

Elle consiste à tuer un malade pour mettre fin à sa maladie. Le but recherché est la mort du malade, soit à sa demande propre ou à celle de sa famille. Tout comme pour l'avortement, il y a 20 ans, nous assistons maintenant à une véritable croisade en faveur de l'euthanasie active qui implique presque toujours la complicité d'un médecin. Les plus nobles sentiments sont invoqués pour promouvoir cette thèse: mourir librement, mourir avec dignité, choisir sa mort, éviter la souffrance, soulager l'entourage, etc. Ce mouvement n'est plus clandestin et il prend une ampleur qui doit nous faire réfléchir avant qu'il ne soit trop tard. Dans un article du 26 octobre 1982 du Courrier Médical[5], nous lisons:

> "Les mouvements pour le droit de mourir dans la dignité, qui cherchent à faire reconnaître dans les lois le droit des mourants à l'euthanasie active volontaire et au suicide, existent maintenant dans plus de 25 pays répartis dans les cinq continents. Il existe une Fédération mondiale ... dont le siège social est à New York ... Le mouvement touche plus d'un tiers de million de personnes dans le monde dont 500 au Canada alors qu'il ne comptait qu'une poignée de gens, il y a cinq ans ..."

L'objectif principal immédiat est "une révision des lois afin de décriminaliser l'euthanasie active volontaire et l'aide au suicide" ... afin que "les médecins ou une autre personne puissent aider un mourant à mettre fin à ses jours sans risquer d'être poursuivi". Je ne peux m'empêcher de comparer l'évolution de ce dossier à celui de l'avortement et penser qu'un premier pas entraînera un second et un troisième ... et qu'on en viendra à détruire, encore une fois, la VIE sur DEMANDE pour des fins dites ... humanitaires. Notre civilisation a maintenant accepté la mort des enfants intra-utérins; elle est bien capable, dans cette nouvelle étape, de promouvoir la mort de ses vieillards grabataires, de ses handicapés inactifs et de ses déficients à charge. À moins d'un réveil individuel et collectif, nous récolterons les fruits de notre matérialisme égoïste.

2. VIEILLESSE ET SOCIÉTÉ

Tout comme la médecine, les progrès technologiques fantastiques du vingtième siècle ont radicalement changé nos moeurs et coutumes: téléphone, radio, télévision dans les communications; automobile et avion dans le transport; congélation et distribution dans l'alimentation; gratte-ciel, maisons à appartements, électrification dans l'habitation; cinéma et tous ses produits dans les loisirs; automation, informatique et ordinateurs dans le travail; armes nucléaires dans la défense; programmes de sécurité dans les systèmes politiques, etc.

Au Québec, nous assistons, depuis 1960 surtout (deux décades seulement) à une transformation quasi-complète, à une "révolution tranquille" terriblement efficace de nos moeurs, traditions, modes de vie, valeurs conjugales, familiales, religieuses, urbanisation massive, faible natalité, promotion des droits et libertés ... Notre voisinage avec les États-Unis nous a permis d'importer instantanément tous leurs progrès, de profiter de leur leadership mondial et de connaître une prospérité économique extraordinaire. Dans ce contexte d'abondance, la société et ses gouvernements se sont dotés de programmes sociaux et de sécurité inégalables qui ont conduit à l'État-providence. Nous vivons depuis quelques mois les retombées désagréables de ces excès de générosité.

Prenons l'exemple de la retraite: aux États-Unis, en 1950, cent travailleurs devaient faire vivre six retraités, en 1982, ils en ont font vivre trente et au début du siècle prochain, ils en feraient vivre cinquante.[6] Le budget des dépenses du Québec qui était de 5 milliards 100 millions de dollars en 1972-1973 a atteint 22 milliards 700 millions environ en 1982-1983 (augmentation de quatre fois et demie) en 10 ans et la dette publique du Québec est passée de 2 milliards 600 millions de dollars à 15 milliards 100 millions pendant cette même période (augmentation d'environ six fois en 10 ans).[7] Ces quelques exemples me laissent des doutes sur notre capacité financière de supporter de telles dépenses alors que, répétons-le, le chiffre de notre population a augmenté de seulement 5% durant ces même dix années. Soulignons maintenant quelques changements de notre société qui affectent nos aînés.

2A. Famille

Dans nos moeurs traditionnelles, le vieillard finissait ses jours chez l'un ou l'autre de ses enfants. Vous connaissez, mieux que moi, la situation actuelle. La famille? Quelle famille? Les jeunes couples, mariés ou pas, stables ou transitoires, ont toutes les peines du monde à réussir leur union, et les enfants sont rares et parfois

partagés. Le vieillard d'aujourd'hui n'a pas connu ces turbulences, s'y adapte mal et s'isole souvent avec son conjoint tant et aussi longtemps que la maladie ou la mort de l'autre le permet. Et après, c'est l'extrême solitude. Pour remédier à cette situation, l'État-providence a multiplié la construction des centres d'hébergement. Et, pour des motifs de sécurité, de soins, de loisirs, il est devenu naturel et normal de placer nos vieillards, devenus nos citoyens de l'âge d'or, dans ces habitats de bonheur! En somme, la société a opté pour la facilité et a institutionnalisé la vieillesse. Et comme le vieillard continue, à défaut d'accident, de vieillir, on le place dans des établissements à diverses étiquettes, selon qu'il est autonome, semi-autonome, grabataire ou en phase terminale ...

Lors d'un voyage récent de trois semaines en Chine, j'ai été émerveillé de constater que le placement d'un vieillard en institution n'existait tout simplement pas.[8] Dans ce pays communiste où l'État fournit pourtant tous les services, il est inacceptable pour un fils ou une fille de placer son père ou sa mère dans un autre établissement que son propre foyer. Je garde un souvenir ému de ces innombrables vieillards qui sortent leur oiseau, en cage, entre six et sept heures du matin pour chanter le lever du soleil et qui accompagnent à l'école, un peu plus tard, leur petit-enfant. J'aurais aimé

être poète ou peintre pour exprimer mon émotion devant le spectacle de ces deux humains qui, à chaque extrémité de la vie, font ensemble un bout de chemin. Dans les pays asiatiques et africains, on a conservé le respect du vieillard et accepté son déclin et sa mort au foyer tout comme il avait, lui-même, accepté la responsabilité d'élever au foyer ses enfants. Notre choix sociétal est-il un signe de progrès ou de déclin dans l'échelle des valeurs que nous avons la responsabilité de transmettre?

2B. Institutionnalisation

Les centres d'hébergement se sont donc multipliés. Comme membre du jury 1982 du Prix d'excellence du M.A.S. à un établissement de son réseau, j'ai lu, avec le plus vif intérêt, plusieurs applications provenant de ces établissements. Je me réjouis de constater l'effort considérable qui est fait pour rendre la vie des bénéficiaires la plus heureuse possible. Et je félicite tous ceux et toutes celles qui ont à coeur d'innover des formules créatrices pour briser la monotonie des jours qui risquent de se succéder sans bonheur. Pour les intervenants immédiats auprès des personnes âgées, la première préoccupation me semble être de préserver leur autonomie, leur intimité, leur tradition et leur liberté. À côté des préoccupations souvent superficielles

des interventions, j'ai remarqué une nette volonté de changements profonds qui sont de nature à créer un climat de survie réconfortant, humain et valorisant.

2C. Démédicalisation

Dans plusieurs établissements, on constate un louable effort de démédicalisation alors que dans d'autres, on insiste sur la qualité préventive des visites médicales structurées. Je crois personnellement que cette prévention donne bonne conscience mais ne change pas grand chose à l'évolution d'une vieillesse sans complications. Elle risque de multiplier des examens inutiles et d'aboutir à une prescription de médicaments non indispensables, et quelquefois nocifs. Je suis bien d'accord avec l'affirmation de Gilles Barbeau et Jean-Yves Julien qui ont écrit: "Nous sommes persuadés que l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées passe d'abord par une consommation rationnelle et minimale de médicaments".[9] L'abus de médicaments est une véritable plaie de notre société. Dans les établissements, il donne souvent au personnel soignant un confort qui est inconsciemment recherché. La consultation médicale mensuelle obligatoire me semble donc peu recommandable. Elle accentue la dépendance du vieillard et brime son autonomie.

2D. Désinstitutionnalisation

Je trouve réconfortante l'attitude de certains centres qui essaient de développer dans leur ville un réseau de familles d'accueil. Cette alternative redonne au vieillard l'atmosphère humaine d'un domicile et d'un entourage affectif qui répond à ses besoins. Ce réseau dont le point de convergence est un établissement organisé avec des services professionnels structurés me paraît être un très grand progrès conceptuel.

2E. Intégration dans une vie communautaire

J'ai noté des expériences très prometteuses d'intégration du vieillard dans la vie communautaire. En particulier, on tente de le rapprocher des enfants et des jeunes dans des échanges bilatéraux. Ces essais de parrainage, qui lient deux êtres humains aux extrêmes de la vie, constituent un trait d'union indispensable pour le jeune et pour le vieux. Il reste à la créativité de développer mille et une façons d'intégration afin de mettre fin à la marginalisation du vieillard dont on souhaite l'autonomie et la liberté tout en créant des structures de dépendance.

2F. Récréologie

Mes connaissances se sont accrues par la découverte de cette nouvelle spécialité et d'une nouvelle profession, le ou la récréologue. Certaines activités offertes me paraissent folkloriques. Par ailleurs, j'ai constaté des moyens récréatifs qui ont pour but de valoriser le vieillard. On cherche à profiter de son expérience de vie, utiliser ses talents, son métier, etc., en l'associant à des travaux dans l'établissement où il habite: peinture, menuiserie, réparation, jardinage. On pourrait imaginer une télévision communautaire reliant les multiples établissements qui identifierait un nombre important de personnes âgées qui seraient en mesure de transmettre à la population des témoignages vécus et utiles à des générations plus jeunes.

Notre monde occidental a le grand tort de ne plus croire à la sagesse, à l'expérience, à la perspicacité, à la liberté totale d'expression de ceux et celles qui ont dépassé 65 ans alors que beaucoup de pays d'Asie font confiance à ces qualités. Je crois personnellement qu'une association des générations pourrait donner à la gouverne de nos pays et institutions des éclairages précieux pour rallier dans des concepts réalistes de sagesse et de dynamisme l'ensemble de la population.

3. VIEILLESSE ET PSYCHOLOGIE

Je m'aventure dans ce chapitre avec humilité, mais conviction. Je crois profondément que les relations humaines exigent un effort constant de compréhension réciproque basée sur une connaissance naturelle ou acquise de principes psycnologiques évidents ou cachés. Le moyen essentiel est le dialogue, la capacité d'écoute, l'empathie. Ces qualités suscitent la confidence, la confiance et la discussion calme de toute situation qui préoccupe l'autre.

Dans la pratique courante de la médecine, on prend souvent des moyens excessifs pour diagnostiquer et traiter des banalités; on multiplie les examens, tests de laboratoires, films radiologiques, consultations pour confirmer ou infirmer des diagnostics évidents. On ne se fait plus confiance sans la réassurance de preuves objectives. En fait, il est plus facile et rapide de recourir à ces expédients, d'ailleurs appréciés par le malade, que de l'écouter longuement et découvrir que ses malaises ont une base psychologique à répercussion physique (ou inversement): stress, conflits avec l'entourage, événement imprévu et dramatisé, anxiété. Je me suis toujours stimulé par la pensée que la majorité de ces malades psychosomatiques étaient guérissables si j'avais la volonté de les revoir

souvent et de leur démontrer progressivement l'importance des relations entre le psychisme et le physique. Dans bien des cas, cette réhabilitation fut durable et a permis à ces malades de reprendre une vie normale et laborieuse.

Il est facile d'imaginer les innombrables répercussions de la vieillesse sur la santé et le comportement. C'est pourquoi, l'attitude de tous les intervenants exige une disposition du coeur et de l'esprit susceptible de l'aider. Cette adaptation des intervenants aux facteurs psychologiques qui rentrent en considération dans les soins et besoins du vieillard sain ou malade explique mon opposition à son hébergement dans les hôpitaux généraux de courte durée. Sauf exception, tous les éléments sont réunis pour rendre désagréable leur séjour: choix des médecins, infirmières et personnel auxiliaire, médication excessive, locaux inappropriés, organisation inadéquate des loisirs. Il me paraît assez sûr que ces vieillards ressentent le propre ressentiment du personnel à leur présence. Pour ces raisons, il me paraît souhaitable de mettre fin à cette expérience circonstantielle.

La vieillesse exige, pour qu'elle soit acceptable, une longue préparation psychologique et c'est pourquoi la nouvelle loi qui permet à chacun de retarder l'âge de sa

retraite à sa guise me paraît mauvaise. Comme toujours, on s'est servi d'arguments sentimentaux et humains pour défendre les droits au travail de ceux et celles qui veulent prolonger leur vie active et rémunératrice. Je ne suis pas sûr que derrière cette décision d'apparence généreuse on ne cherche pas à protéger les "avoirs" des fonds de retraite qui risquent de devenir rapidement insuffisants étant donné les avantages financiers excessifs qui ont été négociés depuis 20 ans. En posant ce geste, le législateur a oublié la longue préparation que chacun doit acquérir individuellement pour se préparer à cette coupure d'activités à partir d'un âge donné. Il y a, à mon avis, beaucoup moins de discrimination à appliquer une mesure universelle qu'à solutionner des cas individuels par l'intermédiaire d'une commission d'arbitrage.

4. VIEILLESSE ET SPIRITUALITÉ

Nos vieux d'aujourd'hui sont nés avant la fin de la PREMIÈRE GUERRE MONDIALE. Ils ont vécu dans un Québec où la tradition religieuse avait une force indiscutable. Ils ont atteint maintenant cette période de vie où l'au-delà prend une signification très réelle et vivement ressentie. Dans ce contexte, il est facile de comprendre chez eux un besoin spirituel de toute première importance. C'est pourquoi les intervenants pastoraux et tous les autres doivent être particulièrement attentifs pour donner à ces vieux l'ESPOIR dont ils ont tellement besoin pour vivre avec sérénité leur vieillesse et se préparer à une mort de moins en moins lointaine.

Et puisque la mort est une conséquence inéluctable de la vie, elle est d'autant plus proche que cette vie est plus longue. Le vieillard n'a sûrement pas besoin de "longs discours" pour s'en rendre compte. C'est pourquoi, il me paraît essentiel de "dédramatiser" cet événement. Au contraire, tout devrait être mis en oeuvre pour humaniser cette fin de parcours afin de rendre cette mort rassurante, chaleureuse, amicale et simple.

Dans ce contexte, la pastorale des vieillards est réconfortante à cause d'une réceptivité particulièrement accueillante au Message évangélique. À ce moment du vécu, les échanges prennent une actualisation communicative inhabituelle dans la vie courante. Mille et une initiatives sont possibles autant pour les vieillards que pour tous les intervenants qui en prennent soin, puisque ces intervenants ont un contact beaucoup plus fréquent avec cette mort qui sera, un jour, notre lot à tous. Dans ce sens, la réflexion de l'auteur du Bulletin de la Banque Royale est réaliste: "La terre serait un monde meilleur si les humains en venaient à vivre comme s'ils étaient sur le point de mourir".[10]

5. VIEILLESSE ET BÉNÉVOLAT

Une des façons très positives de "désinstitutionnaliser" les centres de vieillesse, tout en les conservant, est de recourir à un bénévolat local et communautaire. Il me paraît indispensable pour contrecarrer la marginalisation d'explorer les mille et une façons d'intégration des personnes âgées dans la vie d'un quartier ou d'une cité. Le bénévolat sera d'autant plus efficace qu'il reposera sur un leadership imaginatif, compétent et réaliste. Son objectif principal devrait correspondre aux besoins exprimés par les vieillards de l'établissement. Comme dans beaucoup de secteurs, nous avons une tendance viscérale à offrir à l'autre notre perception de ses besoins plutôt que de nous adapter à ses demandes et aspirations.

5A. Besoins des personnes âgées dans un établissement

1° Besoins matériels

Ils sont importants pour donner au centre des instruments de vie matérielle adéquats, confortables, agréables dans une atmosphère gaie, propre, accueillante et si possible, familiale. Dans ce contexte, le bénévolat a sa place pour solliciter des fonds susceptibles d'améliorer la

qualité de vie des bénéficiaires: minibus, télévision, ameublement, outils de jardinage, de physiothérapie, d'ergothérapie, etc.

2° Besoins récréatifs

Leur objectif est de rompre la monotonie du temps par des distractions occasionnelles: théâtre, cinéma, bingo, repas spéciaux, excursions, magasinage, artisanat, etc. Cette forme de bénévolat est sûrement appréciée et utile.

3° Besoins affectifs

À mes yeux, ce bénévolat est probablement le plus difficile et pourtant le plus important. Nous avons déjà souligné la solitude du vieillard qui a perdu son compagnon ou sa compagne, la plupart de ses amis et connaissances et souvent, ses enfants qui vivent dans une autre ville leurs propres problèmes. Vaincre cette solitude me paraîtrait l'objectif le plus exigeant du bénévolat. Plusieurs expériences vous seront sans doute communiquées et je me permets de vous suggérer quelques modalités.

Bon nombre de bénévoles pourraient être choisis dans le centre lui-même parmi ses vieillards autonomes et particulièrement sociables. Ils pourraient, mieux que quiconque, transmettre leur empathie naturelle à leurs voisins plus timides, tourmentés, anxieux ou solitaires. Avec patience et confiance, on devrait pouvoir trouver dans chaque centre un leader naturel et communicatif qui deviendrait le bénévole principal de la vie du centre lui-même. Il appartiendrait à la permanence du centre de dépister ces personnes qui prendraient en main leur propre destinée et imagineraient leurs propres programmes de vie.

J'image la possibilité pour plusieurs familles d'une localité d'associer un vieillard du centre à leur propre vie familiale. Ce serait une famille d'accueil partielle où des contacts humains viendraient petit à petit enrichir les besoins affectifs de tous les intéressés.

Il serait intéressant de multiplier les occasions de rencontre entre les enfants et les vieillards et d'en arriver à des parrainages affectifs entre un vieux et un enfant, l'un et l'autre cherchant à se gâter et à se faire plaisir mutuellement. Cette tentative pourrait devenir le point d'entrée le plus fréquent dans une famille.

En somme, tout bénévolat pourrait avoir comme principal objectif de donner à un vieillard le goût de vivre des jours de joie, d'affection, de respect, de compréhension. Ce bénévolat axé sur les relations humaines me paraît le plus apte à réconcilier le vieillard avec notre société de rejet.

6. CONCLUSION

Dans mon intervention, je vous ai dit la naïveté et la témérité de ma présentation. Je vous remercie d'avoir écouté mes propos avec autant de gentillesse et de m'avoir donné cette occasion de réfléchir à haute voix sur la vieillesse. Car bientôt, j'aurai le 65 ans fatidique et fort de mes convictions personnelles, je prendrai à mon tour cette retraite, qui fut obligatoire pour plusieurs de mes collaborateurs dévoués de l'Institut. Je partage l'opinion de Lucien Pelletier qui a écrit: "Notre vieillesse sera, peut-être, la plus riche période de notre vie où, débordants de souvenirs, ... nous puiserons nos plus grandes joies dans les choses les plus simples. Nous aurons alors épuré notre vie du superflu et nous vivrons intensément l'essentiel".[11] Et je me surprends à avoir hâte de devenir un citoyen entièrement libre d'agir, de penser, de parler, d'écrire et d'organiser mon temps.

Dans un éditorial de la Vie Médicale au Canada-Français de mai 1982 intitulé: "Quand j'étais vieux", le docteur Paul Claveau conçoit la vieillesse comme l'étape ultime de la sérénité "qui consiste à s'engager à n'attacher d'importance qu'à son ordre intérieur".[12] Depuis plusieurs années, j'ai l'impression d'avoir fait des progrès dans cette voie et je

souhaiterais la communiquer à ceux et celles qui croient au bonheur du quotidien malgré les contrariétés multiples et les entraves de tout type.

Nous avons parlé de la vieillesse des individus et vous avez senti que je me référais souvent à la vieillesse d'une civilisation. Je pense effectivement que notre civilisation judéo-chrétienne subit l'usure de ses deux mille ans d'histoire. Je doute que notre médecine moderne puisse la guérir. Mais le monde continuera à évoluer et de nouvelles civilisations se substitueront graduellement à la nôtre pour s'identifier aux aspirations d'un autre siècle.

Dans le voyage terrestre que nous effectuons, notre participation à la vie collective est une infime fraction de temps, tellement infime qu'il est primordial de l'utiliser dans sa totalité au service des autres. Pour cela, je me suis toujours efforcé d'être disponible et de répondre positivement à ceux et celles qui me font l'honneur et le plaisir de me solliciter.

J'ose espérer que ma vieillesse accroîtra cette disponibilité et me permettra de servir avec plus de sagesse et de compétence mes semblables. Devenir vieux est déjà un privilège providentiel et c'est pourquoi, la vie sera toujours pour moi un bien indestructible de la naissance à la

mort naturelle. Et quand, si par bonheur l'événement se produisait, je serai trop vieux pour participer à la sérénité de mon entourage, je souhaite simplement que les intervenants aient la patience, la bienveillance, la charité de protéger cette vie humaine sans esprit, mais dont l'âme est peut-être déjà en transit vers son éternité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Grantham, H. La promotion de la santé, options de valeurs résultant de l'alliance des droits et responsabilités individuels et collectifs, Troisième colloque du Carrefour des Chrétiens du Québec pour la Santé, Montréal, 29 mai 1982.

2. McQuaig, L. "La médecine aux frontières de l'interdit", l'Actualité, novembre 1982, pages 73-78.

3. "Population of Canada by Province, 1972 to 1982", Metropolitan Life Foundation, Statistical Bulletin, avril-juin 1982, page 15.

4. David, P. et Charbonneau, D. Au coeur des chiffres, Institut de Cardiologie de Montréal, 1979, page 6.

5. "Dans plus de 25 pays: Des sociétés pour le droit de mourir dans la dignité", Le Courrier Médical, 26 octobre 1982, page 11.

6. Fallows, J. Entitlements, Atlantic Monthly, novembre 1982, pages 53-59.

7. Dubuc, Alain, "Déficit: Quel est le point d'alarme?", La Presse, 13 novembre 1982, pages B1 et B2.

8. Lemire-David, Y. et David, P. "Impressions de Chine", Actualité Médicale, 6 octobre 1982, pages 56-60.

9. Barbeau, G. et Julien, J.-Y. "L'expérience du Sanatorium Bégin. Médicaments et troisième âge", Carrefour des Affaires Sociales, vol. 4, n^{o} 3, juin 1982, pages 24-28.

10. Bulletin de la Banque Royale du Canada, "Regarder la mort en face", Vol. 63, n^{o} 3, mai-juin 1982.

11. Pelletier, L. "Quatrième âge... Déchéance ou Apothéose", Éditions Anne Sigier, 1982, page 14.

12. Claveau, P. "Quand j'étais vieux", La Vie Médicale au Canada-Français, vol. 11, mai 1982, pages 257-262.

POOR

QUALITY

ORIGINAL